

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

145

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(*Mention Médecine*)

PAR

Bernardino GONZÁLEZ-RUIZ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 11 janvier 1911, à Las Tablas (Rep. de Panamá).

**L'Opération de Parona
dans le traitement du Varicocèle**

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(*Mention Médecine*)

PAR

Bernardino GONZÁLEZ-RUIZ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 11 janvier 1911, à Las Tablas (Rep. de Panamá).

L'Opération de Parona
dans le traitement du Varicocèle

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

LE DOYEN M. TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GULLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BARIÉTY Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BEZANÇON	GASTINEL Bactériologie.
(Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
BOULIN Pathologie médicale.	gie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.	GAYET Physiologie.
CATHALA Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAGUENAU.... Pathologie médicale.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LE LONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.

MM.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIERS Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY. } Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER. } Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 METZGER. } Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRERES ET SCEURS

A MA FIANCEE

A MA FAMILLE

A MES AMIS ET CAMARADES D'ETUDES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique Thérapeutique Chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard,
Membre de l'Académie de Médecine.

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
Présidence de cette Thèse.*

*Qu'il trouve ici l'assurance de notre pro-
fonde gratitude.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. CHEVRIER

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

En témoignage de toute ma reconnaissance pour son enseignement très précieux et l'accueil si aimable qu'il m'a fait dans son service.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR S. OBERLIN

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Qui m'a suggéré le sujet de cette Thèse, qu'il veuille bien trouver ici l'expression de mon respectueux attachement et de ma gratitude pour tout ce qu'il m'a appris.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE PARIS.

A MES AMIS CLAUDE NABERT, MANUEL MORENO,
ANDRÉ ADRIANOPOULOS ET GEORGES BROUET,
interne et anciens internes des Hôpitaux de Paris.

*Témoignage de ma gratitude et de mon
affection.*

A MES AMIS :

MADemoiselle HENRIETTE NOUFFLARD, externe des
Hôpitaux,

MM. LOUIS BERGERON, ANDRÉ GUNY ET LOUIS
LAIGLE, internes des Hôpitaux de Paris.

A MES CHERS AMIS
LES DOCTEURS HENRIQUE DE LA VEGA ET JOSÉ SOTO

AU PERSONNEL DU SERVICE 8 DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ.

INTRODUCTION

Il existe actuellement d'innombrables procédés opératoires pour le traitement du Varicocèle.

Cependant, nous avons constaté que le procédé de PARONA est inconnu dans beaucoup de services de chirurgie, et que cette Technique ne se trouve pas décrite dans les livres courants de tactique opératoire.

Comme il s'agit d'une opération fort simple, nous avons fait ce travail dans le but de la faire connaître et de montrer, à l'aide de quelques observations inédites, les bons résultats qu'elle donne.

Dans ce travail, nous passerons en revue les indications opératoires du varicocèle dit « idiopathique ». Ensuite, nous ferons un très bref exposé de quelques techniques opératoires employées dans la cure du varicocèle. Nous expliquerons après en détail le procédé de PARONA. Quelques dessins de M. VALLOIS, l'accompagnent, pour mieux la faire comprendre. Ensuite, un chapitre sur les observations des cas opérés par mon Maître le Docteur S. OBERLIN, qui nous a suggéré le sujet de cette thèse, et à qui nous adressons nos très sincères remerciements, pour l'aide pré-

cieuse qu'il n'a cessé de nous prodiguer dans l'accomplissement de ce travail.

A la fin, nous exposons les quelques conclusions que nous avons tirées de l'étude de ces cas.

INDICATIONS OPERATOIRES DU VARICOCELE

Nous rappellerons seulement les indications opératoires du varicocèle dit « idiopathique ».

On connaît bien l'énorme pourcentage d'hommes qui présentent un varicocèle gauche (90 % environ), mais on sait bien aussi qu'on intervient très rarement parce qu'en général le patient ne souffre pas, n'est pas gêné par cette maladie.

Cependant, quand le sujet se plaint de gêne dans son travail, de douleurs, de fatigues, de pesanteurs, on peut à ce moment intervenir.

Quand la douleur est forte, l'intervention est nettement indiquée.

Dans certains cas, le malade présente des pesanteurs, des fatigues légères. Il se trouve qu'il veut se faire opérer pour autre chose (hernie par exemple). Nous croyons pouvoir profiter de cette opération pour intervenir également sur son varicocèle.

Nous avons d'ailleurs observé quelques cas de malades venus se faire opérer de hernie, et qui ont subi en même temps l'intervention pour un varicocèle, dont la gêne cependant n'avait pas été assez grande pour les décider à une telle opération.

Nous les avons revus deux ou trois ans après et

tous ont toujours été très satisfaits des résultats obtenus.

D'autre part, on doit opérer aussi les varicocèles qui s'accompagnent d'atrophie ou de ramollissement marqué du testicule, de même que les sujets qui accusent le varicocèle de les rendre impuissants.

Pour des raisons d'esthétique ou de profession, il est aussi quelquefois nécessaire d'opérer le varicocèle.

Tous les avis concordent pour ne pas opérer les débiles mentaux, les neurasthéniques, les dégénérés, qui « non seulement ne se reconnaissent pas guéris, mais encore accusent l'intervention d'avoir aggravé leurs douleurs, leurs malaises et leur impuissance » (JEANBRAU).

« Deux complications très rares, la rupture traumatique d'une veine avec hématome funiculaire ou la thrombo-phlébite, peuvent nécessiter une opération d'urgence (incision de l'hématome ou ligature d'un paquet de thrombo-phlébite) » (LECÈNE).

TECHNIQUES CHIRURGICALES

Nous ferons seulement un très bref exposé de certaines techniques employées actuellement dans les différents services de chirurgie. Nous n'insisterons pas en détail sur ces procédés opératoires, la plupart se trouvant décrits dans les livres courants de technique chirurgicale.

Parmi les techniques concernant le traitement du varicocèle, les unes ont pour but la résection des veines spermatiques, d'autres la suspension du testicule.

Dans beaucoup de cas, le Chirurgien se voit obligé de donner la préférence au « traitement combiné » (résection veineuse et scrotale).

A) TECHNIQUES AYANT POUR BUT LA RESECTION VEINEUSE :

La ligature et la résection des veines du cordon peuvent être faites :

a) *Par voie scrotale :*

On fait une incision de cinq centimètres sur le milieu du funicule, à sa face antérieure, parallèlement à son axe. On cherche par la palpation le canal déférent et l'artère spermatique. Celle-ci, qui est située

au sein du groupe veineux prédéférentiel, est difficile à trouver. On la distingue de plus par sa teinte blanchâtre et à sa consistance plus ferme.

Les veines antérieures sont dégagées « sur une hauteur de trois ou quatre centimètres et liées en masse aux deux extrémités du dégagement. Le segment intermédiaire aux ligatures est excisé ».

On peut suspendre le testicule à l'orifice inguinal superficiel par la ligature du moignon veineux inférieur.

b) *Par voie inguinale :*

Le danger qui existe dans le procédé antérieur est la section de l'artère spermatique. NARATH et LOISON avaient recommandé de lier les veines par voie inguinale, car l'artère spermatique est plus facilement isolable; mais c'est notre Maître le Docteur L. CHEVRIER qui a trouvé une raison majeure pour faire la résection par voie inguinale. Il a montré que « sous le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse, près de l'orifice profond, on ne trouve pas de veines spermatiques, mais un seul gros tronc qui les résume toutes », ce qui permet de ne jamais englober dans la ligature l'artère spermatique.

Pour faire la résection par voie inguinale le Docteur CHEVRIER recommande « de pratiquer une incision comme celle d'une hernie inguinale gauche. Après ouverture du canal inguinal par section de l'aponévrose du grand oblique et isolement à la sonde cannelée du bord inférieur des muscles petit

oblique et transverse, on ouvre la gaine fibro-musculaire du cordon ». On cherche la grosse veine unique « vers la partie profonde et haute du cordon, qu'on peut abaisser par une légère traction ». « La veine est pincée, liée et sectionnée dans l'angle supérieur de la plaie ». « On dissèque à la compresse et à la sonde cannelée tout le paquet veineux sous-jacent ». On liera en bas les veines « là où elles sont isolées et sans trop tirer sur la pince ». On procède ensuite comme pour la cure d'une hernie inguinale.

c) Par voie iliaque :

C'est l'opération de IVANISSEVICH (de Buenos-Aires). Elle est très peu employée. Elle consiste dans une incision de MAC BURNEY du côté gauche au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Arrivé au péritoine, on le rejette vers la ligne médiane et on cherche les veines spermatiques là où elles sont toujours accolées à la séreuse. On les dissèque et on résèque un morceau entre deux ligatures. Puis on refait la paroi abdominale.

B) TECHNIQUES AYANT POUR BUT LA SUSPENSION DU TESTICULE :

a) Par la résection du scrotum :

Les différentes techniques pour la résection du scrotum ne diffèrent que par des détails. Comme l'ennui post-opératoire le plus fréquent est l'héma-

tome parfois volumineux qui se forme, notre Maître le Docteur CHEVRIER a décrit un procédé qui permet de faire une « hémostase totale et rapide ». Nous décrirons brièvement ce procédé qui nous semble satisfaisant.

On repère le raphé scrotal médian avec des pinces à l'aide desquelles on étale le scrotum. On met un clamp courbe doucement serré sur la base du pli scrotal en ayant soin de ne pas tirer la peau de la verge. On incise la peau et le dartos à trois ou quatre millimètres, de l'un et l'autre côté du clamp. On arrive sans l'entamer, à la couche sous-dartoïque et on voit alors « que les deux lèvres cutanée semblent libérées et s'écartent l'une de l'autre ». On fait « passer alors des fils en U empiétant les uns sur les autres ». Pour cela, on ne lie pas un point avant d'avoir passé le fil du point suivant; et on coupe les tissus à mesure qu'ils ont été liés. Il faut vérifier après « l'étanchéité de l'hémostase en enlevant le clamp. Puis on suture les téguments par un surjet à points rapprochés de catgut fin ».

b) Par l'intermédiaire de la vaginale :

La suspension du testicule par l'intermédiaire de la vaginale retournée, a été faite par Francesco PARONA en 1899. Nous donnerons en détail cette technique dans le chapitre suivant.

TECHNIQUE DE L'OPERATION DE PARONA

INCISION CUTANEE de 4 centimètres environ, qui commence en haut à un centimètre au-dessus de l'épine pubienne. Elle descend en bas et un peu en dedans le long de la face antérieure de la partie haute du scrotum (Fig. 1).

ENUCLEATION EN MASSE DU TESTICULE. — On énuclée ensuite en masse le testicule enveloppé de la vaginale, et le cordon. On décolle complètement le cordon des enveloppes externes des bourses auxquelles il est uni par un tissu cellulaire lâche. Le ligament scrotal est sectionné entre deux ligatures au catgut (Fig. 2).

INCISION DE LA VAGINALE. — On fait une petite brèche de 1 cm. $\frac{1}{2}$ à 2 centimètres dans la vaginale à la partie inférieure de la face antérieure du testicule (Fig. 3). Pour cela, avec une pince plate, soutenue par l'Aide, on soulève la vaginale en même temps que le chirurgien, avec la pince à disséquer, tire de l'autre côté. Une fois la vaginale tendue, on l'incise au bistouri. Une pince plate est placée sur chaque lèvre de la brèche vaginale.

RETOURNEMENT DE LA VAGINALE. — On fait sortir le testicule par la brèche ainsi pratiquée. On retourne la vaginale en la tirant vers le haut à l'aide des deux pinces qu'on a placées sur les lèvres de la brèche; la vaginale forme ainsi un sac où est logé le cordon avec ses paquets variqueux. (Fig. 4).

FIXATION EN HAUT DE LA VAGINALE RETOURNEE. — A l'angle supérieur de l'incision cutanée on cherche les piliers interne et externe de l'orifice inguinal superficiel. Un fil de lin est passé dans chaque pilier et un troisième fil au bord inférieur de l'anneau inguinal (Fig. 4). Puis on réunit la brèche vaginale à l'orifice inguinal à l'aide de ces trois fils (Fig. 5), en s'assurant que le cordon n'est pas tordu et que rien ne sort à ce niveau.

Si besoin est, on peut mettre encore quelques points au fil de lin qui unissent la vaginale au pourtour de l'orifice inguinal superficiel.

Quelques points de catgut sur le fascia superficialis.

FERMETURE DE LA PEAU. — On ferme la peau aux crins. Aucun drainage n'est nécessaire. On voit une fois l'opération terminée, que le testicule est bien remonté et qu'au pôle inférieur de la bourse, le scrotum est plissé (Fig. 6).

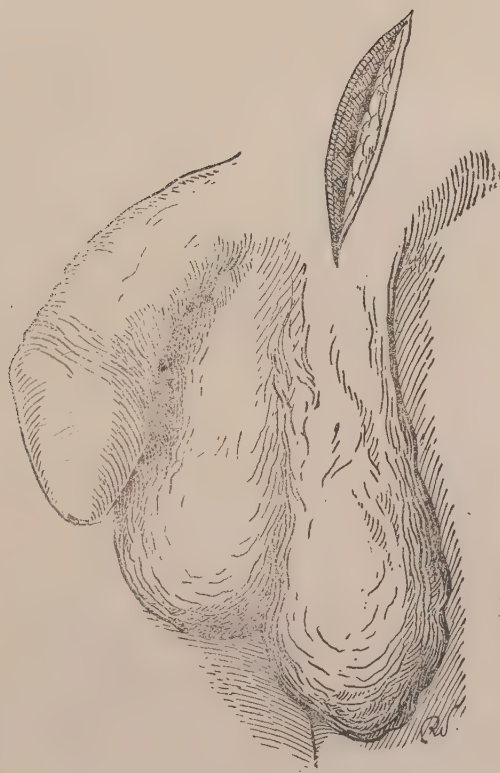


FIG. 1.



FIG. 2.



FIG. 3.

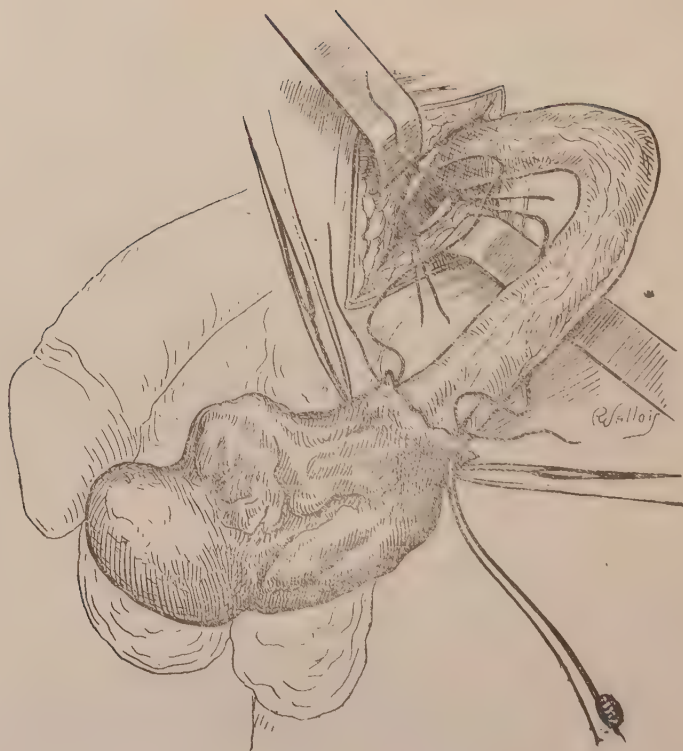


FIG. 4.



FIG. 5.

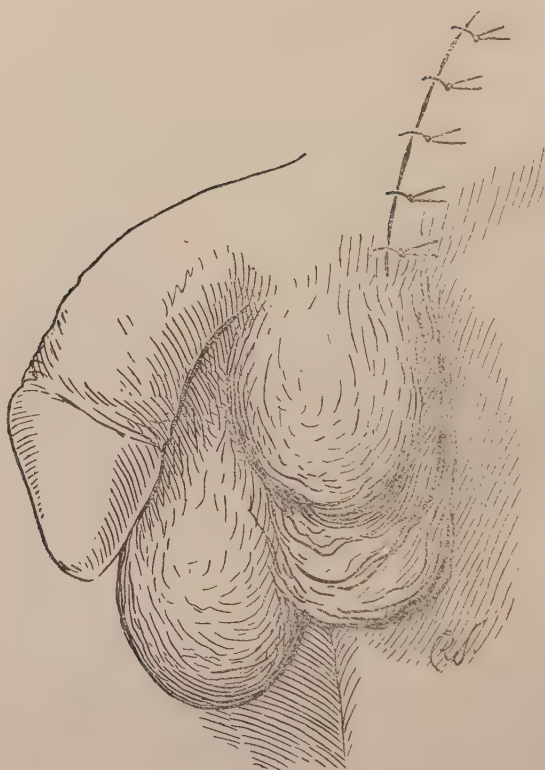


FIG. 6.

OBSERVATIONS

I. — Be... J. M. 28 ans, employé au P.-L.-M. Opéré à l'éther le 9 mai 1933 par le Docteur OBERLIN, pour un varicocèle gauche. Opération de PARONA. Dilatation veineuse très marquée. Testicule de taille à peu près normale. Flaccidité du scrotum. Incision prépu-bienne. Bonne fixation.

Revu en février 1938. Il est enchanté du résultat. Le testicule est bien suspendu. Il y a à peine un pli de peau. Il ne porte jamais de suspensoir.

II. — Gu... R. 30 ans, employé au P.-L.-M. Bourse gauche descendant de cinq centimètres au-dessous de l'extrémité inférieure de la bourse droite qui est aussi assez allongée. Varicocèle gauche. Pendant les grandes chaleurs il a la sensation d'un poids. Il est gêné pour marcher. Le soir après son travail, sensation de pesanteur et de fatigue.

Opéré le 7 août 1934 par le Docteur OBERLIN, à l'éther. Opération de Parona.

Revu le 29 décembre 1937 : aucune gêne à la marche, tous les malaises ont disparu même pendant les grandes chaleurs de l'été. Bourse gauche au même niveau que la bourse droite. Cicatrice cachée

par les poils du pubis. Résultat esthétique excellent. Bourse, testicule et cordon normaux.

III. — Se... P. 20 ans. Opéré le 8 novembre 1934 par le Docteur OBERLIN, à l'éther, pour un varicocèle gauche par la technique de Parona. De plus, résection de plusieurs veines du cordon. Varicocèle très marqué avec forte ptose.

Le 25 décembre 1937, il nous écrit : « jusqu'à ce jour je n'ai pas à me plaindre de mon varicocèle. J'ai fait mon service militaire et maintenant je fais le tri-porteur et je ne souffre pas ».

IV. — Ga... Al. 44 ans, employé au P.-L.-M. Opéré le 9 mai 1935 par le Docteur OBERLIN, à l'éther, pour hernie inguinale bilatérale et varicocèle gauche. Paroi satisfaisante. Petite hernie oblique externe à droite. Lipome du cordon à gauche. Cure classique (Bassini). Opération de Parona pour le varicocèle.

Revu en février 1938. Testicule très bien suspendu. Un peu de peau mais insignifiant.

V. — Be... H. 39 ans, employé au P.-L.-M. Opéré le 2 décembre 1935 par le Docteur OBERLIN, à l'éther.

1°) Cure radicale d'une hernie inguinale droite. Homme assez gras. Gros sac et éventration. Néanmoins cure satisfaisante.

2°) Varicocèle gauche. Résection d'un gros paquet veineux. Parona avec fixation à la tunique fibreuse du cordon.

Revu en février 1938. Il est très content de l'opération. Il continue par habitude à porter un suspensoir. Testicule en position parfaite.

VI. — Le... Lo. 30 ans, employé au P.-L.-M. Opéré le 10 décembre 1935 par le Docteur OBERLIN, à l'éther. Hernie inguinale droite et varicocèle gauche. Hernie assez volumineuse mais bonne paroi. Parona avec fixation à la fibreuse du cordon.

Revu en février 1938. Il est enchanté du résultat de l'opération. Beaucoup de peau, mais cela lui est égal.

VII. — Let... Geo 37 ans, employé au P.-L.-M. Varicocèle gauche qui le gênait énormément depuis 1917. Parfois il souffrait tant qu'il se voyait obligé de s'arrêter et d'envoyer chercher un suspensoir. Il avait une sensation de lourdeur, de picotement à la bourse gauche, laquelle descendait de cinq centimètres environ plus bas que la droite.

Opéré le 4 avril 1935 par le Docteur OBERLIN, à l'éther, pour : 1°) hernie inguinale gauche. Petite hernie inguinale gauche oblique externe. Cure radicale. 2°) Varicocèle gauche : opération de Parona.

Revu le 5 janvier 1938, il est très satisfait de l'opération. Il ne souffre plus du tout. La bourse gauche a la même hauteur que la droite dans la station debout. Résultat esthétique très satisfaisant. Couché, il y a un plissement du scrotum au pôle inférieur donnant l'impression qu'il y a un peu trop de peau.

Pratiquement très beau résultat.

VIII. — Ma... Cl. 16 ans. Opéré le 17 octobre 1935 par le Docteur OBERLIN, pour un varicocèle gauche. Technique de Parona.

IX. — Ble... R. 26 ans, employé au P.-L.-M. Opéré le 18 février 1936 à l'éther par le Docteur OBERLIN pour un varicocèle gauche. Technique de Parona.

Revu le 23 février 1938. Résultat parfait. Scrotum sans plis et au même niveau que le droit.

X. — Ba... Pie 29 ans, employé au P.-L.-M. Le malade est venu consulter pour une hernie droite. A l'examen on a trouvé en plus de cette hernie, un varicocèle gauche. La bourse gauche descendant de 4 à 5 centimètres plus bas que la bourse droite. Sensation de lourdeur à la bourse gauche. Opéré le 7 avril 1936 par le Docteur OBERLIN, à l'éther. Hernie inguinale droite. Bonne paroi.

Varicocèle par le procédé de Parona.

Revu le 12 janvier 1938, il présente une bourse gauche dont le pôle inférieur est à un centimètre au-dessus du pôle inférieur de la bourse droite dans la station debout. Couché, il n'y a pas de plissement du scrotum.

On trouve à gauche les veines un peu dilatées et très nombreuses, ce qui explique la sensation qu'a parfois le malade « de quelque chose qui grossit dans la bourse et qui lui donne la sensation qu'elle va éclater, sensation qui dure une minute environ ». Mais en réalité le malade ne souffre pas malgré son tempérament très nerveux.

XI. — Ca... An. 28 ans, employé au P.-L.-M. Le varicocèle gauche lui donnant des élancements même quand il se reposait. Bourse gauche dépassant énormément la bourse droite. Opéré le 17 novembre 1936, à l'éther par le Docteur OBERLIN pour varicocèle gauche par la technique de Parona. Résultat très satisfaisant. Sujet déjà un peu névropathe.

Revu le 29 décembre 1937 : bourse gauche au même niveau que la bourse droite (debout). Couché, scrotum un peu plissé en bas. Cicatrice invisible. Résultat esthétique excellent. Bourse, testicule et cordon normaux. Bon résultat.

XII. — Tey... An. 26 ans, étudiant. Opéré le 7 mars 1936 à l'éther, par le Docteur OBERLIN, pour un varicocèle gauche. Technique de Parona.

XIII. — Re... Jea. 29 ans. Opéré le 29 juin 1937 à l'éther par le Docteur OBERLIN, pour un varicocèle bilatéral. Double Parona.

Revu le 23 novembre 1937, dilatation des veines du cordon au moment des efforts et redescente légère du testicule gauche.

XIV. — Be... Lu. 21 ans. Etudiant Opéré le 9 février 1932, par le Docteur OBERLIN, pour un varicocèle gauche par le procédé de Parona. Au moment de l'opération état très satisfaisant. Revu en 1938, on trouve une très légère redescente du scrotum, mais bon résultat.

XV. — Ch. Lu. 24 ans, boulanger. Opéré à l'éther par le Docteur OBERLIN, le 24 janvier 1938, pour une hernie inguinale gauche et un varicocèle gauche.

Il s'agit d'un malade qui ne souffre pas de son varicocèle. Il le gêne, mais très peu. Il porte toujours un suspensoir.

Il est candidat à une place de titulaire dans une administration. Le médecin de l'assurance ayant constaté une hernie et un varicocèle gauche lui a recommandé de se faire opérer.

C'est un varicocèle avec dilatation variqueuse prononcée. Le scrotum semble assez élastique et ne descend pas beaucoup. Le testicule gauche est un peu diminué de volume et un peu ramolli.

Opéré par le procédé de Parona. Tout de suite après l'opération on voit que le scrotum est rétracté; il est plissé à son pôle inférieur.

*
**

Parmi les 15 malades dont nous venons de citer l'observation, 6 ont été opérés en même temps pour une hernie (un cas de hernie inguinale bilatérale, 2 cas de hernie inguinale gauche et 3 cas de hernie inguinale droite).

Dans 2 cas, on a fait en même temps que la fixation de la vaginale retournée, une résection de quelques veines préférentielles.

Nous avons revu 12 cas quelques années après l'opération. Dans tous les cas nous avons observé les bons

résultats que donne la technique de Parona. Cependant, nous avons trouvé que dans un cas on aurait dû faire la résection de quelques veines variqueuses, et que dans 2 autres cas, où il s'agissait d'un scrotum par trop distendu, une résection du scrotum eut été nécessaire.

CONCLUSIONS

I. — Dans le traitement chirurgical du varicocèle, il faut considérer trois facteurs :

- a) la descente très prononcée du testicule,
- b) la descente et l'allongement des enveloppes externes des bourses qui sont lâches, distendues, semblant avoir perdu leur élasticité,
- c) le degré de dilatation variqueuse des veines du cordon.

II. — Nous attirons particulièrement l'attention sur la technique de Parona qui nous a donné d'excellents résultats dans la grande majorité des cas. Cette technique est d'une simplicité extrême au point de vue opératoire. Elle laisse une cicatrice dissimulée par les poils du pubis. D'autre part, ne touchant pas aux parties nobles des organes sexuels, elle a le grand avantage d'être plus facilement acceptée par les malades.

III. — La technique de Parona a une action nette sur la descente du testicule, et la vaginale joue ici le

rôle d'un suspensoir par sa fixation à l'orifice superficiel du canal inguinal.

Dans la majorité des cas, cette technique suffit à permettre une rétraction nette du scrotum; la bourse acquiert alors la même taille et devient parfois plus petite que celle du côté opposé.

De même, dans un grand nombre de cas, la distension variqueuse des veines du cordon disparaît par la technique de Parona.

IV. — Dans certains cas, quand la bourse atteint une descente exagérée, on voit que le scrotum a perdu toute élasticité; nous croyons alors que, simultanément à la fixation en haut de la vaginale, il faut réséquer une partie du scrotum.

V. — Si on se trouve devant une dilatation variqueuse très prononcée, de telle façon qu'on voit au cours de l'opération (par la technique de Parona) que le paquet variqueux est trop grand pour être bien placé dans cet espèce de sac formé par la vaginale retournée et fixée en haut, nous croyons qu'il est préférable, dans ce cas, de réséquer quelques veines, mais si en même temps on intervient de ce côté pour une hernie inguinale, il est indiqué de faire une résection veineuse par la méthode de notre Maître le Docteur CHEVRIER.

VI. — L'hydrocèle et l'atrophie du testicule, complications signalées, très rarement il est vrai, après une intervention pour varicocèle par la méthode de

résection veineuse étendue, ne peuvent pas se produire, en principe, par le procédé de Parona, étant donné qu'on ne touche pas aux veines et qu'on fait un retournement de la vaginale.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
Pierre DUVAL.

Vu : *Le Doyen,*
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- CHEVRIER. — Résection inguinale du tronc commun des veines spermatiques et résection du scrotum dans le varicocèle. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 43, Paris 1910).
- COUVELAIRE, LEMIERRE, LENORMANT. — Pratique Médico-chirurgicale, Paris 1931.
- DOYEN. — Thérapeutique chirurgicale et technique opératoire, Paris 1909.
- DUVAL et GATELLIER. — Technique opératoire. Appareil génital et urinaire de l'homme, Paris 1929.
- GÉRAL. — Quelques points de techniques relatifs au traitement chirurgical du varicocèle. *Thèse de Lyon*, 1920-1921.
- IVANISSEVICH, O. GREGORINI. — Una nueva operacion para curar et varicocelo. (*Semana Med.*, B.-Ayres, 1918).
- JEANBRAU. — Précis de Pathologie Externe. Tome V, Paris 1928.
- JONNESCO. — Varicocèle gauche traité par le procédé de Parona combiné avec la résection des veines. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Bucarest*, 1903-1904).
- LAPASSET. — De la cure radicale du varicocèle (suspension du testicule combiné à la résection veineuse). (*Arch. de Méd. et Pharm. Mil.*, Paris 1912).

LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, Paris 1926.

MARION. — Traité d'urologie, Paris 1935.

MARTEL. — Varicocèle gauche (procédé opératoire Parona-Martel et pointe de hernie inguinale droite (ablation simple du sac). Résultat opératoire d'autant de 2 ans. (*Loire Médicale St-Etienne*, 1907).

MASINI. — Des résultats éloignés de la cure du varicocèle par le procédé de Parona. (*Marseille Médical*, 1907).

PARONA. — Nuovo metodo operatorio per la cura del varicocele. (*Policlinico*. Rome 1899. VI. Sez. Chir.).

— A proposito della cura operatoria del varicocele. (*Gaz. d. osp. Milano*, 1901. XXII. 307).

RYCKEBUSCH. — Psychopathies et varicocèle (indications opératoires). Thèse de Paris, 1914.

SPILLMANN. — Note sur quatorze observations personnelles de cure chirurgicale du varicocèle par le procédé de Parona. (*Arch. prov. de chir.*, Paris 1902).

WALRAVENS. — Un nouveau procédé pour le traitement du varicocèle. Procédé de Parona. (*Clinique Brux.*, 1899. XIII. 389-392).

